

RELATO DE CASO

Displasia cemento-óssea florida: Relato de caso

Florid Cemento-Osseous Dysplasia: Case Report

Resumo

Objetivo: Os autores relatam um caso clínico de Displasia Cemento-Óssea Florida em mulher negra, 71 anos, desdentada, portadora de prótese total, com áreas hipercompressivas refletindo reação inflamatória no rebordo alveolar inferior.

Descrição do caso: O tecido mole das áreas mucosas de rebordo se mostrava tumefacto difusamente, sugerindo fibromatoses localizadas. Radiograficamente, áreas radiopacas regulares e difusas eram observadas ao longo dos ossos maxilares. Biópsia em uma dessas áreas evidenciou, à microscopia óptica, quadro histopatológico compatível com displasia cementária, o que possibilitou o diagnóstico final de displasia cemento óssea florida, chamada também de cementoma gigantiforme, apesar de não representar uma verdadeira neoplasia.

Conclusão: Os autores consideram, ainda, que não há relação com alterações sistêmicas de natureza hormonal ou metabólica e que na proposição do diagnóstico definitivo concorrem as características clínicas, radiográficas e histopatológicas.

Palavras-chave: Displasia Fibrosa Óssea; Doenças do Desenvolvimento Ósseo; Doenças Maxilomandibulares

Abstract

Aim: The authors describe a clinical case of Florid Cemento-Osseous Dysplasia in black woman, 71 years old, edentous, bearer of total prosthesis, with areas hipercompressives reflecting inflammatory reaction in the inferior alveolar edge.

Case description: The soft tissue of the mucous areas of edge was shown diffuse tumescent, suggesting located fibromatoses. Regular and diffuse radiopac radiographic areas were observed along the bones maxillaries. Biopsy in one of those areas evidenced, to the optical microscopy, histopathological images compatible with cementous dysplasia, what made possible the final diagnosis of Florid Cemento-Osseous Dysplasia, also called gigantiform cementoma, in spite of not representing a true neoplasm.

Conclusion: The authors consider also that there is no relation with systemic hormonal or metabolic and the proposition that the definitive diagnosis is based in the clinical, radiographic and histopathologic features.

Keywords: Fibrous Dysplasia of Bone; Bone Diseases, Developmental; Jaw Diseases

Lira Marcela Monti*

Diurianne Caroline Campos França**

Alvimar Lima de Castro***

Ana Maria Pires Soubhia****

Gilberto Aparecido Coclete*****

Sandra Maria Herondina Coelho

Ávila de Aguiar*****

* Mestre em Estomatologia – UNESP/ Araçatuba.

** Doutoranda em Odontopediatria – Unesp/ Araçatuba. Professora da Disciplina de Diagnóstico em Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG, Estomatologista do CEOPE – Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais.

*** Professor Titular do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica - Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba - Unesp

**** Professora Adjunta do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica - Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba, Unesp.

***** Professor Assistente Doutor do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica - Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba, Unesp.

***** Professora Adjunta do Departamento de Clínica Infantil e Social, Universidade Paulista Júlio Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de. Araçatuba – Unesp.

Endereço para correspondência:

Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar – Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba, Unesp – Rua José Bonifácio, 1193– Bairro Vila Mendonça – CEP 16015-050 –Araçatuba, SP. Tel: (18) 36363235. e-mail. saguiar@foa.unesp.br

Enviado em: 4-3-2010

Aceito em: 1-8-2013

INTRODUÇÃO

A displasia cemento-óssea florida (DCOF) é uma condição não neoplásica limitada aos ossos maxilares, caracterizada pela presença de massas radiopacas difusas dispersas, constituídas de cemento denso e osso que quando infectado pode levar à supuração e formação de seqüestros, resultando assim em um quadro de osteomielite¹³.

Nos últimos anos, as lesões fibro-ósseas têm atraído um crescente interesse dos patologistas, com os objetivos de distinguir definitivamente essas patologias e de por fim às discussões diagnósticas decorrentes da superposição de suas características^{4,6,11}.

As lesões contendo cemento e/ou osso formam um complexo grupo de lesões associadas às áreas dentadas dos maxilares, antigamente classificadas como tumores odontogênicos, atualmente são consideradas lesões não neoplásicas por Kramer et al. em (1992) e lesões fibro-ósseas por Waldron (1993)⁹.

A DCOF é uma lesão displásica multifocal, limitada aos ossos maxilares, que consiste de tecido conectivo fibroso celular com osso e tecido semelhante a cemento. Números variáveis de células inflamatórias podem estar presentes em amostras de biopsia de pacientes sintomáticos, sendo bem reconhecida como predominante em mulheres negras acima dos 40 anos^{4,13}.

Outros termos têm sido aplicados à DCOF, como osteíte esclerosante, osteomielite esclerosante e osteomielite crônica esclerosante difusa, cementoma gigantiforme, cementoma múltiplo familiar¹.

Os achados radiográficos são representados por massas lobulares, irregulares, radiopacas e circundadas por área radiolúcida lembrando aparência da doença de Paget do osso, com nítida tendência para localização bilateral simétrica, afetando mais mandíbula do que maxila, tanto em áreas dentadas quanto em áreas desdentadas, podendo haver presença de cistos ósseos simples únicos ou múltiplos associados. Não existe uma causa aparente e as lesões são assintomáticas, exceto quando ocorre a complicação de osteomielite, devido à exposição das massas escleróticas calcificadas ao meio bucal, como resultado de atrofia alveolar progressiva sob prótese ou após extração dental na área envolvida pelo processo^{3,4,7-9}. A patogênese dessa osteomielite poderia estar relacionada à escassa irrigação sanguínea no osso afetado e às massas escleróticas avasculares, particularmente susceptíveis à infecção secundária¹.

Os bordos e os espaços radiolúcidos que envolvem a DCOF são bastante regulares e bem definidos. Se as lesões forem assintomáticas não há necessidade de tratamento. O tratamento da doença requer somente controles como exames radiográficos, higiene e profilaxia se assintomática. Porém, quando associada a componente inflamatório e com presença de exposição das massas escleróticas, a antibioticoterapia se faz necessária, bem como a retirada dos seqüestros ósseos^{5,9}.

RELATO DO CASO

Mulher negra, 71 anos de idade, com queixa de dor ao mastigar, apresentava, ao exame físico intrabucal, presença de aumento volumétrico difusamente delimitado no rebordo alveolar inferior. À anamnese, a paciente relatou que o problema se iniciara há

aproximadamente sete meses, possivelmente pelo uso da prótese total inferior, com exacerbação dolorosa. Portadora de hipertensão arterial e artrite reumatóide, a paciente não apresentava, ao exame clínico extrabucal, linfadenopatia inflamatória. Ainda ao exame físico intrabucal, na região mandibular se observava edema e um ponto de consistência endurecida compatível com espícula óssea, recoberta por mucosa rósea de aspecto normal, na região de mucosa alveolar inferior posterior do lado direito (Fig. 1).

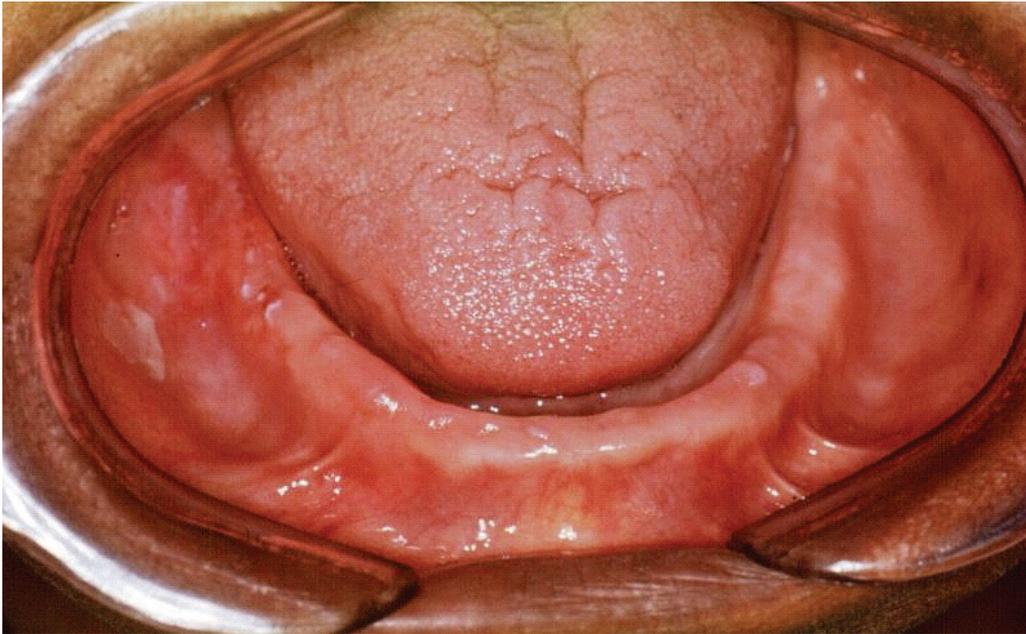


Figura 1 – Aspecto intrabucal com aumento volumétrico de rebordo alveolar

Quanto aos exames complementares, o exame bioquímico do sangue se apresentou nos limites de normalidade e, à radiografia panorâmica, foram observadas múltiplas áreas radiopacas circundadas por área radiolúcida, dispostas em mandíbula e maxila, nos quatro quadrantes (Fig. 2).

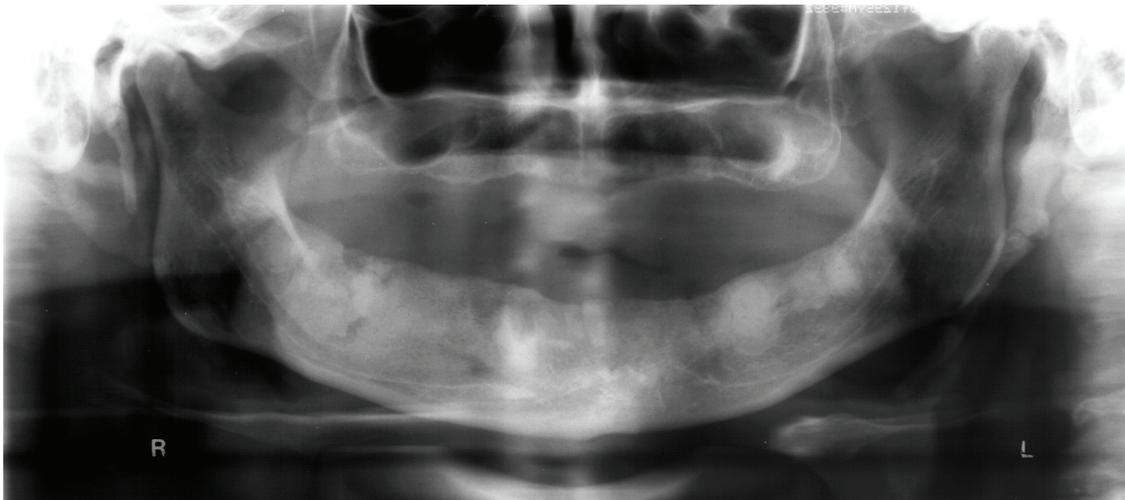


Figura 2 – Múltiplas áreas radiopacas dispostas em mandíbula e maxila

A radiografia ântero-posterior de cabeça mostrou que as áreas radiopacas estavam restritas aos ossos maxilares. As hipóteses diagnósticas foram displasia cemento-óssea, osteomielite e doença de Paget do osso. Realizada a biópsia incisional na região sintomática, o resultado do exame anatomopatológico foi displasia cemento-óssea florida, com base na observação de massas lobulares apresentando áreas basofílicas com sinais de esclerose, relativamente acelular, assemelhando-se a cimento. Poucos espaços medulares vazios sugerindo perda de vitalidade (Fig. 3).

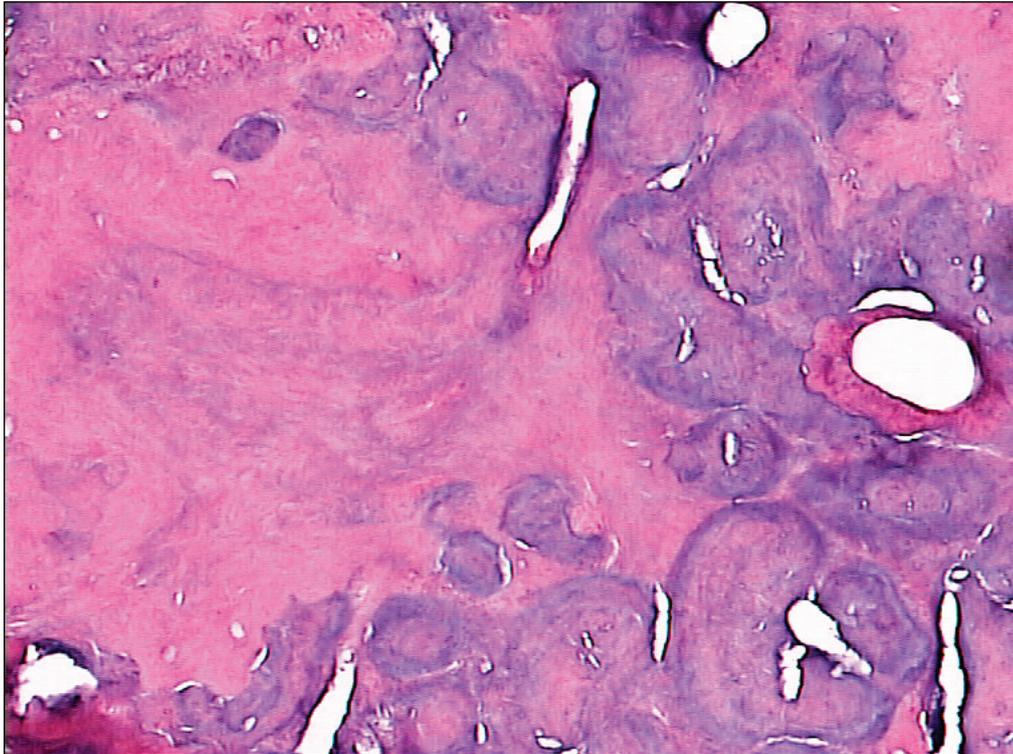


Figura 3 – Áreas basofílicas escleróticas, assemelhando-se a cimento. HE200X.

Como conduta terapêutica, a paciente foi orientada da necessidade de comparecer à consulta anualmente para controle clínico e radiográfico, haja vista não haver procedimento curativo padronizado descrito na literatura. Após quatro anos da primeira consulta, a paciente retornou se queixando de dor no mesmo local. Tumefação difusa lembrando as características iniciais apresentava fístula com drenagem de exsudato purulento quando sob pressão. Nesse momento clínico, a conduta foi prescrição de Amoxicilina 500mg em intervalos de oito horas durante uma semana, quando se observou melhora clínica e ausência de exsudato. Foram realizados exames radiográficos de rotina e nova biópsia da área, cujos resultados mantiveram as informações iniciais.

DISCUSSÃO

Os autores são unânimes, no que tange à etiologia, sintomatologia e tratamento da displasia cemento-óssea florida. Considera-se a DCOF uma entidade bem definida dentro do grupo das displasias cemento-ósseas⁵.

É uma doença rara prevalente em mulheres negras acima de quarenta anos, de causa desconhecida. A Organização Mundial da Saúde, na classificação dos tumores odontogênicos, considera essa entidade patológica como não neoplásica, constituída por uma proliferação fibroblástica associada a trabéculas irregulares de osso trançado e massas lobulares densamente escleróticas, compostas de glóbulos de material relativamente acelular semelhante a cimento, dispostos em camadas ou fundidos^{12,13}.

Com base nas semelhanças radiográficas, o diagnóstico diferencial da displasia cimento-óssea florida deve incluir doença de Paget do osso e osteomielite crônica esclerosante difusa, motivo pelo qual o exame bioquímico do sangue é de valor na diferenciação, ao se considerar que na doença de Paget do osso se pode observar elevação da fosfatase alcalina em estágio ativo, além de a doença acometer vários ossos incluindo calota craniana. Por seu lado, a osteomielite crônica esclerosante difusa deve ser usada somente quando um processo infeccioso for diretamente responsável pela esclerose óssea. As doenças nas quais o osso alterado é infectado secundariamente por uma inflamação como na displasia cimento-óssea florida não representa uma osteomielite esclerosante primária^{1,4,6}.

É importante observar que o diagnóstico da DCOF é baseado principalmente nos achados clínicos e radiográficos, não havendo necessidade em grande parte dos casos, de biópsias para a sua confirmação. Na medida do possível deve-se evitá-la, pois procedimentos invasivos nas áreas envolvidas tais como exodontias e biópsia óssea têm sido associadas com a ocorrência de osteomielites. Algumas lesões fazem diagnóstico diferencial com a DCOF, como doença de Paget, osteomielite esclerosante difusa e cementoma gigantiforme familiar (CGF), as quais foram excluídas.

Segundo Schneider e Mesa¹⁰ (1990) os casos de displasia cimento-óssea florida podem apresentar dois quadros clínicos. No primeiro, as massas escleróticas são assintomáticas, não apresentando sinais de inflamação, requerendo somente acompanhamento periódico com radiografias. No segundo, uma inflamação está presente à condição preexistente, requerendo antibioticoterapia e intervenção cirúrgica. Exodontias, biópsia óssea, tratamento endodôntico e uso de próteses sobre o tecido esclerótico são fatores provavelmente responsáveis pela exposição das massas displásicas, permitindo uma infecção secundária. No caso apresentado, a segunda manifestação provavelmente associou o uso da prótese total inferior na produção de ulceração da mucosa e exposição da massa esclerótica ao meio bucal, posteriormente agravada por infecção, o que requereu antibioticoterapia e curetagem cirúrgica da área afetada, abordagens terapêuticas indicadas por alguns autores^{2,13}.

O acompanhamento clínico-radiográfico é indispensável, sendo o prognóstico bom.

CONCLUSÕES

- A displasia cimento-óssea florida, mais comum em mulheres negras acima de 40 anos, é restrita aos ossos maxilares;
- Não há relação com alterações sistêmicas de natureza hormonal ou metabólica;
- Pode se apresentar associada à infecção secundária, confundindo-se com um quadro clínico de osteomielite primária;
- Quando há infecção, o tratamento com antibióticos deve preceder a intervenção cirúrgica de eliminação de sequestros;
- Para o diagnóstico concorrem as características clínicas, radiográficas e histopatológicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo DB, Queiroz IV, Romero P, Falcão AFP. Displasia cemento óssea florida. R Ci méd biol Salvador mai./ago 2005;4(2):167-73.
2. Bencharit S, Achardt-Sacco D, Zuniga Jr, Minsley Ge. Surgical and prosthodontic rehabilitation for a patient with aggressive florid cemento-osseous dysplasia: a clinical report. J Prosthetic Dent 2003;90(3):220-24.
3. Beylouni I, *et al.* Florid cemento-osseous dysplasia: report of a case documented tomography and 3D imaging. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1998;85(6):707-11.
4. Gonçalves M, Píspico R, Alves FA, Lugão CEB, Gonçalves A. Clinical, Radiographic, Biochemical and Histological Findings of Florid Cemento-Osseous Dysplasia and Report of a Case. Braz Dent J 2005;16(3): 247-50.
5. Groisman S, Olival ARB, Faria M, Lourenço P. Displasia cemento-óssea florida. Rev ABO Nac Abril/maio 2009; 17(2):106-10.
6. **Macdonald J.** Florid cemento-osseous dysplasia: a systematic review. **Dentomaxillofacial Radiology** 2003;32:141-49.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 705p.
8. Pereira Filho VA *et al.* Displasia óssea florida. BCI 2000;7(25):33-5.
9. Quirino MRS. Displasia cemento-óssea florida: Relato de um caso. Rev biociêncTaubaté jan.-jul 2000;6(1):11-4.
10. Schneider LC, Mesa ML. Differences between florid osseous dysplasia and chronic diffuse sclerosing osteomyelitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990;70(3):308-12.
11. Soares ECS *et al.* Lesões fibro-ósseas: displasia cemento-óssea periapical X displasia cemento-óssea florida. Rev Fac Odontol Porto Alegre 1998;39(2):26-30.
12. Sobral, APV, Herculano HLT, Balaban R. Avaliação da desposição do íon cálcio em lesões fibro-ósseas benignas: estudo histoquímico. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac Camaragibe abr./jun.2009; 9(2):81- 8.
13. Souza-Junior EJC de, Menezes ARM, Ramalho LMP, Falcão AFP. Displasia cemento-óssea florida: relato de caso. Odontologia Clín.-Científ Recife out/dez 2008; 7(4):347-51.